

VU Research Portal

Diagnostiek van schouderklachten: matige interbeoordelaarsovereenstemming tussen huisarts en fysiotherapeut

van der Windt, D.A.W.M.; Koes, B.W.; de Jong, B.A.; Bouter, L.M.

published in

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
1998

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

van der Windt, D. A. W. M., Koes, B. W., de Jong, B. A., & Bouter, L. M. (1998). Diagnostiek van schouderklachten: matige interbeoordelaarsovereenstemming tussen huisarts en fysiotherapeut. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 1262-1265.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Diagnostiek van schouderklachten: matige interbeoordelaarsovereenstemming tussen huisarts en fysiotherapeut*

D.A.W.M. VAN DER WINDT, B.W. KOES, B.A. DE JONG EN L.M. BOUTER

Schouderklachten komen veel voor in de eerstelijnsgezondheidszorg. De incidentie in de Nederlandse huisartspraktijk is geschat tussen de 12 en 25 per 1000 ingeschreven patiënten per jaar.¹⁻⁴ Een pijnlijke en (of) stijve schouder kan het gevolg zijn van diverse afwijkingen en aandoeningen, waaronder neurologische of vasculaire aandoeningen, tumoren, zogenaamde gerefereerde pijn vanuit interne organen of vanuit de cervicale wervelkolom (extrinsieke oorzaken). In de meeste gevallen vinden de klachten echter hun oorsprong binnen het schoudergewricht (intrinsieke oorzaken).^{5,6} De complexe anatomische en functionele structuur van het schoudergewricht bemoeilijkt het onderkennen van de oorzaak van de klachten. Dit heeft geresulteerd in verwarring en gebrek aan consensus ten aanzien van de classificatie van schouderklachten.

In 1990 bracht het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de standaard 'Schouderklachten' uit.⁷ In deze standaard werd een classificatie van schouderklachten voorgesteld die grotendeels is gebaseerd op het systematisch lichamelijk onderzoek volgens James Cyriax.⁸ Het classificatiesysteem van Cyriax is luidkeels toegejuicht, maar tevens ernstig bekritiseerd.^{9,10} De methode is slechts zelden aan systematisch onderzoek onderworpen.

Een eerste stap om de waarde van een diagnostische classificatie te kunnen beoordelen is het bestuderen van de interbeoordelaarsovereenstemming. Indien verschillende beoordelaars niet in staat zijn om bij dezelfde patiënt een gelijke diagnose te stellen, neemt de bruikbaarheid van een classificatiesysteem aanzienlijk af. In het kader van een observationeel onderzoek naar schouderklachten in de huisartspraktijk bestudeerden wij de overeenstemming tussen huisartsen en fysiotherapeuten ten aanzien van de gestelde (medische) diagnose. De resultaten werden al eerder beschreven.¹¹

*Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in *Physiotherapy* (1997; 83:12-7) met als titel 'Soft-tissue disorders of the shoulder. A study of inter-observer agreement between general practitioner and physiotherapist and an overview of physiotherapeutic treatment'.

Vrije Universiteit, Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

Mw.dr.D.A.W.M. van der Windt, dr.B.W.Koes en prof.dr.L.M.Bouter (tevens: vakgroep Epidemiologie en Biostatistiek), epidemiologen.

Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, afd. Revalidatiegeneeskunde, Amsterdam.

Dr.B.A.de Jong, revalidatiearts.

Correspondentieadres: mw.dr.D.A.W.M. van der Windt.

Zie ook de artikelen op bl. 1241, 1256 en 1266.

SAMENVATTING

Doel. De interbeoordelaarsovereenstemming vaststellen tussen huisartsen en fysiotherapeuten ten aanzien van de diagnostiek van schouderklachten.

Opzet. Descriptief vergelijkend.

Plaats. Huisartspraktijken en praktijken voor fysiotherapie in de gemeenten Amsterdam en Waterland.

Methode. Door 18 huisartsen werden 349 patiënten gerecruuteerd met een nieuwe episode van schouderklachten. De interbeoordelaarsvariatie (Cohens kappa) tussen huisarts en fysiotherapeut ($n = 13$) werd bestudeerd bij 120 patiënten die werden verwezen voor fysiotherapie. De schouderklachten werden geclassificeerd volgens de richtlijnen voor diagnostiek van de standaard 'Schouderklachten' van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Resultaten. Bij 63% van de 120 patiënten waren de huisartsen en fysiotherapeuten het eens over de diagnose, met kappa = 0,31 (95%-betrouwbaarheidsinterval: 0,19-0,42). De overeenstemming was relatief groot bij patiënten bij wie de diagnose 'capsulair syndroom' was gesteld (0,48) en bij patiënten met een relatief lange klachtenduur (0,47).

Conclusies. De interbeoordelaarsovereenstemming tussen huisartsen en fysiotherapeuten ten aanzien van de diagnose was matig. Veel therapeutische beslissingen worden echter gebaseerd op de diagnose. Indien kan worden volstaan met een eenvoudiger classificatie van schouderklachten, hoeft minder tijd en aandacht te worden besteed aan de implementatie van een gedetailleerde diagnostiek van schouderklachten in de huisartspraktijk.

DEELNEMERS EN METHODE

Er namen 18 huisartsen (11 praktijken) en 13 fysiotherapeuten (6 praktijken) deel aan het observationele onderzoek. Voorafgaand aan het onderzoek werd een korte instructiemiddag georganiseerd voor alle participerende huisartsen en fysiotherapeuten betreffende het functieonderzoek van de schouder en de cervicale wervelkolom volgens de methode-Cyriax.⁸ Het merendeel van de deelnemers had overigens reeds ruime ervaring met deze methode. De richtlijnen voor diagnostiek volgens de NHG-standaard 'Schouderklachten' werden gebruikt voor de classificatie van schouderklachten in 4 syndromen.⁷ Een samenvatting van deze richtlijnen wordt gegeven in tabel 1.

Gedurende een periode van 1 jaar (april 1993-maart 1994) registreerden de huisartsen elk consult betreffende schouderklachten, waarbij zij ook leeftijd, geslacht en

TABEL 1. Samenvatting van de richtlijnen in de standaard 'Schouderklachten' van het Nederlands Huisartsen Genootschap⁷

<i>syndroom</i>	<i>diagnostische criteria</i>
capsulair syndroom	beperking van exorotatie, abductie en endorotatie verstoord scapulohumeraal ritme pijn in dermatoom C5
acute bursitis	beperking van abductie verstoord scapulohumeraal ritme ernstige pijn in dermatoom C5 acuut begin, geen evident trauma
acromioclaviculair syndroom	pijn rond het acromioclaviculaire gewricht en (of) diffuse pijn in dermatoom C4 beperking van de horizontale adductie
subacromiaal syndroom (tendinitis, chronische bursitis, cuffrupturen)*	pijn in dermatoom C5 geen beperking van de passieve beweeglijkheid 'painful arc' tijdens abductie
restgroep	niet in te delen klachten, verder onder meer fracturen, luxaties

*De uitslagen van weerstandstests zijn, bij bursitis: wisselend/weinig pijn, geen krachtverlies; bij tendinitis: veel pijn, geen krachtverlies; bij cuffrupturen: weinig pijn, krachtverlies.

diagnose vastlegden. Patiënten die de huisarts gedurende de voorafgaande 12 maanden niet voor dezelfde schouder hadden geconsulteerd, kwamen in aanmerking voor deelname.

Patiënten werden ingesloten, indien (a) van hen toestemming was verkregen, (b) zij ouder waren dan 18 jaar, (c) zij in staat waren een schriftelijke vragenlijst in te vullen, (d) er naar het oordeel van de huisarts een intrinsieke oorzaak bestond: de klachten lijken niet te worden veroorzaakt door neurologische of vasculaire aandoeningen, gerefereerde pijn vanuit interne organen of cervicale wervelkolom of door systemische reumatische aandoeningen, (e) er geen fracturen of luxaties in de schoudergordel waren. De deelnemers vulden na het eerste consult een gestandaardiseerde vragenlijst in, onder meer betreffende de duur (ordinale schaal) en de ernst van de klachten (11-puntsschaal van 0 'geen klachten' tot 10 'zeer ernstige klachten').

Overeenstemming tussen huisartsen en fysiotherapeuten. De interbeoordelaarsovereenstemming werd bestudeerd bij patiënten die werden verwezen naar één van de deelnemende fysiotherapiepraktijken. De fysiotherapeuten werd gevraagd in alle gevallen hun mening over de diagnose onafhankelijk van het oordeel van de huisarts te geven, waarbij dezelfde indeling van de schouderklachten werd gehanteerd (zie tabel 1). Niet alle huisartsen waren bereid een verwijzing te schrijven waarin de diagnose niet werd vermeld. Hierdoor was een 'blind' oordeel van de fysiotherapeut niet in alle gevallen mogelijk.

Het percentage overeenstemming en de kappa van Cohen¹² werden berekend voor alle patiënten (indien voldoende gegevens beschikbaar waren) en tevens voor de afzonderlijke diagnostische categorieën. Kappa geeft het percentage overeenstemming weer, gecorrigeerd voor het percentage overeenstemming op basis van toeval. Landis en Koch hebben globale richtlijnen voor de

interpretatie van deze maat van overeenstemming voorgesteld: < 0,00 'slecht'; 0,00-0,20 'gering'; 0,21-0,40 'matig'; 0,41-0,60 'redelijk'; 0,61-0,80 'voldoende tot goed'; en 0,81-1,00 'bijna perfect'.¹³ Tevens werd de invloed van enkele patiëntkenmerken op de mate van overeenstemming bestudeerd, namelijk leeftijd, ernst van de klachten, duur van de klachten bij presentatie, en tijdsduur tussen de diagnose volgens de huisarts en de fysiotherapeut.

RESULTATEN

In het observationele onderzoek werden 349 patiënten met schouderklachten geïncludeerd. Gedurende een periode van 1 jaar werden 146 patiënten (42%) verwezen voor fysiotherapeutische behandeling; 105 bij het eerste consult en 41 tijdens het jaar van follow-up. Er werden 26 patiënten verwezen naar fysiotherapeuten die niet aan het onderzoek meewerkten. Derhalve waren gegevens van 120 patiënten beschikbaar voor de evaluatie van de interbeoordelaarsovereenstemming. In tabel 2 worden enkele kenmerken van deze groep patiënten weergegeven en in tabel 3 de diagnosen.

De kenmerken van de totale populatie van 349 patiënten met schouderklachten zijn elders beschreven;⁶ ten aanzien van leeftijd, geslacht, duur en ernst van klachten waren er nauwelijks verschillen met de groep patiënten die werd verwezen voor fysiotherapie. Wel waren er verschillen ten aanzien van de door de huisarts gestelde diagnose. Relatief veel patiënten met de diagnose 'subacromiaal syndroom' werden verwezen voor fysiotherapie (62 versus 48% in de totale populatie) en relatief weinig met een acute bursitis (7 versus 17% in de totale populatie).

TABEL 2. Kenmerken van 120 patiënten met schouderklachten die door de huisarts werden verwezen voor fysiotherapie

<i>kenmerk</i>	<i>aantal patiënten (%)</i> (n = 120)	
<i>geslacht</i>		
man	60 (50)	
vrouw	60 (50)	
<i>duur van klachten bij presentatie*</i>		
< 1 week	14 (12)	
1 week-1 maand	36 (31)	
1 maand-6 maanden	44 (37)	
> 6 maanden	23 (20)	
<i>diagnose volgens de huisarts bij presentatie</i>		
capsulair syndroom	21 (17)	
acute bursitis	8 (7)	
acromioclaviculair syndroom	7 (6)	
subacromiaal syndroom	74 (62)	
restgroep	10 (8)	
	<i>mediaan</i>	<i>P₂₅-P₇₅†</i>
leeftijd in jaren	47	37,7
ernst van klachten		
's nachts‡	8	7,9
overdag‡	7	4,9

*Drie patiënten vulden deze vraag niet in.

†Interkwartielafstand.

‡Door de patiënt gescoord op een 11-puntsschaal (0 'geen klachten' tot 10 'zeer ernstige klachten').

TABEL 3. Diagnose van huisarts en fysiotherapeut bij 120 patiënten met schouderklachten

fysiotherapeut	huisarts				
	capsulair syndroom	acute bursitis	acromio- claviculair syndroom	subacro- miaal syn- droom	andere diag- nose
capsulair syndroom	11	1	1	6	2
acute bursitis	–	–	–	4	–
acromioclavicu- lair syndroom	2	–	3	2	1
subacromiaal syndroom	4	2	3	59	7
andere diagnose	1	–	–	9	2

*Overeenstemming tussen huisartsen en fysiotherapeu-
ten.* Het percentage overeenstemming was 63 (tabel 4). Kappa was 0,31 (95%-betrouwbaarheidsinterval: 0,19-0,42), hetgeen geïnterpreteerd kan worden als ‘matig’ volgens de classificatie van Landis en Koch.¹³ De mate van overeenstemming varieerde tussen de verschillende diagnostische categorieën van –0,03 bij acute bursitis tot 0,48 bij capsulair syndroom. De resultaten werden sterk beïnvloed door de resultaten in de categorie met de hoogste prevalentie (subacromiaal syndroom; kappa = 0,33).

De duur van de klachten bij presentatie bleek van invloed op de mate van overeenstemming. De overeenstemming was groter bij een relatief lange klachtenduur (0,47 bij een klachtenduur ≥ 1 maand en 0,10 bij < 1 maand). De mate van overeenstemming werd nauwelijks beïnvloed door de leeftijd (0,33 bij een leeftijd ≥ 45 jaar), de ernst van klachten bij presentatie (0,31 bij een score ≥ 7 op de 11-puntsschaal) of de tijdsduur tussen het stellen van de diagnose door de huisarts en de fysiotherapeut (0,35 bij een tijdsduur ≥ 2 weken).

BESCHOUWING

De mate van overeenstemming tussen huisarts en fysiotherapeut ten aanzien van de diagnostiek van schouderklachten bleek matig, met een percentage overeenstemming van 63 en een kappa van 0,31. Dit is laag, mede gezien het feit dat de fysiotherapeuten niet in alle gevallen geblindeerd waren voor de mening van de huisarts. De matige overeenstemming doet vermoeden dat getwijfeld moet worden aan de bruikbaarheid van de diagnostische richtlijnen voor schouderklachten volgens de NHG-standaard.

Diverse factoren kunnen hebben bijgedragen aan onze tegenvallende resultaten. Wij zagen af van het organiseren van herhalingsbijeenkomsten die de overeenstemming hadden kunnen optimaliseren, omdat wij de situatie in de dagelijkse praktijk zoveel mogelijk wilden benaderen. De verschillende achtergrond en opleiding van huisartsen en fysiotherapeuten kan eveneens een deel van de interbeoordelaarsvariatie verklaren, evenals de relatief korte tijd die huisartsen aan anamnese en lichamelijk onderzoek (kunnen) besteden. Tenslotte kan verandering van symptomen in de tijd de mate van over-

eenstemming nadelig beïnvloeden, hetgeen vooral van belang is naarmate de tijdsduur tussen het stellen van de diagnose door de huisarts en de fysiotherapeut toeneemt. Bij ruim de helft van de patiënten ($n = 76$) bleek deze periode minimaal 2 weken te duren. De mate van overeenstemming week in deze groep echter nauwelijks af (kappa = 0,35).

Uit tabel 4 wordt duidelijk dat de mate van overeenstemming varieerde tussen de afzonderlijke categorieën van schouder syndromen. De beperking van de passieve beweeglijkheid, kenmerkend voor een capsulair syndroom, is wellicht goed herkenbaar, hetgeen de relatief goede overeenstemming zou kunnen verklaren. De stabiliteit van kappa kan echter sterk worden beïnvloed door de prevalentie van de betreffende categorie.¹⁴ Dit lijkt vooral een rol te hebben gespeeld bij de resultaten voor acute bursitis, een diagnose die door de huisarts bij slechts 4 patiënten werd gesteld. Het moge derhalve duidelijk zijn dat richtlijnen voor de interpretatie van kappa, zoals de richtlijnen van Landis en Koch,¹³ met de nodige voorzichtigheid dienen te worden gehanteerd.

Ons onderzoek was een observationeel onderzoek, waarin zo goed mogelijk verslag werd gedaan van de dagelijkse praktijk; dat vergroot de generaliseerbaarheid van onze resultaten. Een dergelijke opzet biedt echter niet de optimale randvoorwaarden voor het evalueren van interbeoordelaarsovereenstemming. Het verdient de voorkeur om de mate van overeenstemming voor elke opeenvolgende patiënt te bestuderen en niet slechts voor een deel van de populatie. De beoordeling zou in alle gevallen blind moeten worden uitgevoerd. Tevens lijkt het interessant om in een toekomstig onderzoek te kijken naar de mate van overeenstemming binnen beroepsgroepen: huisartsen, fysiotherapeuten of specialisten. Dergelijk onderzoek leverde in twee voorgaande kleinschalige onderzoeken uiteenlopende resultaten op.^{15 16}

De wetenschappelijke onderbouwing van veel diagnostische classificatiesystemen ontbreekt. Dit geldt voor de methode-Cyriax, maar ook voor methoden die door andere auteurs zijn voorgesteld.¹⁷⁻²⁰ Desondanks lijken

TABEL 4. Overeenstemming tussen huisarts (HA) en fysiotherapeut (FT) ten aanzien van de diagnose bij 120 patiënten met schouderklachten

	HA* FT†			overeenstemming kappa (95%-BI) op groepsniveau (in %)
alle patiënten	120	120	63	0,31 (0,19-0,42)
<i>afzonderlijke diagnosen</i>				
capsulair syndroom	21	18	86	0,48 (0,30-0,66)
acute bursitis	4	3	93	–0,03 (–0,21-0,15)
acromioclaviculair syndroom	8	7	93	0,36 (0,18-0,54)
subacromiaal syndroom	75	80	69	0,33 (0,15-0,50)
restgroep	12	12	83	0,07 (–0,10-0,25)

95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval.

*Diagnose volgens de huisarts bij verwijzing (indien niet beschikbaar: bij een eerder consult).

†Diagnose volgens de fysiotherapeut bij het eerste consult.

veel therapeutische beslissingen te worden gebaseerd op de gestelde diagnose.⁴⁻¹¹ De classificatie van schouderklachten is alleen zinvol, indien dit consequenties heeft voor de prognose. Toekomstig onderzoek dient derhalve met name te worden gericht op de vraag of de therapiekeuze inderdaad afhankelijk moet zijn van de gestelde diagnose. Indien blijkt dat de effectiviteit van interventies niet wordt gemodificeerd door de diagnose, kan met een eenvoudiger classificatie van schouderklachten worden volstaan en hoeft er minder tijd en aandacht te worden besteed aan de implementatie van een gedetailleerde diagnostiek van schouderklachten in de huisartspraktijk.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van de betrokken huisartsen en fysiotherapeuten. Wij danken voorts mw.C.Liesdek, student geneeskunde, voor haar bijdrage aan de analyse en rapportage van de gegevens. Dit onderzoek werd financieel gesteund door de stichting De Drie Lichten.

ABSTRACT

Diagnostics of shoulder complaints: interobserver agreement between general practitioners and physiotherapists mediocre

Objective. To investigate interobserver agreement between general practitioners and physiotherapists in diagnosing shoulder disorders.

Design. Descriptive and comparative.

Setting. Primary care practices in Amsterdam and Waterland, the Netherlands.

Method. Eighteen general practitioners recruited 349 patients with a new episode of shoulder pain for an observational study. Interobserver agreement (Cohen's kappa) between general practitioner and physiotherapist ($n = 13$) was studied in a subset of 120 patients referred for physiotherapy. The patients were classified according to the diagnostic guidelines for shoulder pain issued by the Dutch College of General Practitioners in 1990.

Results. The overall kappa for the classification of shoulder disorders was 0.31 (95% confidence limits: 0.19-0.42). Agreement was better in patients with capsular syndrome (0.48) and in patients with relatively long duration of symptoms (0.47).

Conclusions. Interobserver agreement between general practitioners and physiotherapists was only fair. Many decisions concerning treatment are based on diagnosis, however. If a less detailed classification of shoulder complaints will suffice, less time and effort need to be spent on implementing a detailed diagnostic classification system in general practice.

LITERATUUR

- Miedema HS. Reuma-onderzoek meerdere echelons (ROME): basissrapport. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1994.
- Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- Sobel JS, Winters JC, Groenier K, Arendzen JH, Meyboom-de Jong B. Kenmerken van schouderklachten in de huisartspraktijk. Huis Wet 1996;39:169-73.
- Windt DAWM van der, Koes BW, Jong BA de, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. Ann Rheum Dis 1995;54:959-64.
- Zuckerman JD, Mirabello SC, Newman D, Gallagher M, Cuomo F. The painful shoulder: Part I. Extrinsic disorders. Am Fam Physician 1991;43:119-28.

- Zuckerman JD, Mirabello SC, Newman D, Gallagher M, Cuomo F. The painful shoulder: Part II. Intrinsic disorders and impingement syndrome. Am Fam Physician 1991;43:497-512.
- Bakker JF, Jongh L de, Jonquière M, Mens J, Oosterhuis WW, Poppelaars A, et al. NHG-standaard Schouderklachten. Huis Wet 1990;33:196-202.
- Cyriax J. Textbook of orthopaedic medicine. Londen: Baillière Tindal, 1981.
- Potter GE. Role of injections [letter]. Physiotherapy 1987;67:1575.
- Matthews JH. Bursitis and tendinitis [letter]. Am Fam Physician 1981;24:59-61.
- Liesdek C, Windt DAWM van der, Koes BW, Bouter LM. Soft-tissue disorders of the shoulder. A study of inter-observer agreement between general practitioner and physiotherapist and an overview of physiotherapeutic treatment. Physiotherapy 1997;83:12-7.
- Haas M. Statistical methodology for reliability studies. J Manipulative Physiol Ther 1991;14:119-32.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977;33:159-74.
- MacIure M, Willett WC. Misinterpretation and misuse of the kappa statistic. Am J Epidemiol 1987;126:161-9.
- Pellecchia GL, Paolino J, Connell J. Intertester reliability of the cyriax evaluation in assessing patients with shoulder pain. J Orthop Sports Phys Ther 1996;23:34-8.
- Bamji AN, Erhardt CC, Price TR, Williams PL. The painful shoulder: can consultants agree? Br J Rheumatol 1996;35:1172-4.
- Neer 2nd CS. Impingement lesions. Clin Orthop 1983;173:70-7.
- Uthoff HK, Sarkar K. An algorithm for shoulder pain caused by soft-tissue disorders. Clin Orthop 1990;254:121-7.
- Hedtmann A, Fett H. Die sogenannte Periarthropathia humeroscapularis – Klassifizierung und Analyse anhand von 1266 Fallen. Z Orthop Ihre Grenzgeb 1989;127:643-9.
- Sobel JS, Winters JC, Arendzen JH, Groenier K, Meyboom-de Jong B. Schouderklachten in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1995;38:342-7.

Aanvaard op 1 december 1997

Bladvulling

De twijfel is de moeder van de wetenschap

Na de diagnose 'neurose', in het bijzonder na die van histerie, had men vroeger en ook nu nog wel eens eenige neiging om alles te gelooven, wat men mocht vertellen. Zoo ook TROUSSEAU, de groote clinicus. Van hem kunnen wij leeren welk gevaar er voor iedereen verbonden is aan het diagnosticeeren van een neurose. Neurose beteekende oorspronkelijk een zenuwziekte, later werd het meer voor 'functioneele' zenuwziekte gebruikt; vroeger nam men daarbij de afwezigheid van anatomische veranderingen aan. Tegenwoordig doet men dit gelukkig haast niet meer. Uit vrees voor verlies van onzen goeden naam, voor verdenking van dynamisme, van neiging tot supranaturalisme of mysticisme, doen wij allen, of wij daarvan niets willen hooren. En toch behouden velen nog het 'functioneel', om aan te duiden, dat de verschijnselen gebonden zijn aan zeer geringe 'moleculaire alteratiën' en dus ieder oogenblik kunnen wijken.

TROUSSEAU's vergelijking van de anatomische veranderingen bij de functioneele neurosen met de onzichtbare, materiële veranderingen in het glas van de geladen Leidsche flesch, die toch de hoofdbron van de ontladingsenergie zijn, is zeer geprezen. Maar het schijnt mij toe, dat men daaraan niet zoo heel veel heeft, omdat er feitelijk geen overeenkomst bestaat tusschen beide. Die een neurose diagnosticeert loopt gevaar daarmee het onderzoek te staken. TROUSSEAU verging het bijv. zoo.

(Ned Tijdschr Geneesk 1898;42II:401.)